Resumen de beneficios 2027

Plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados de la Parte D

Consulte este folleto para obtener más información sobre este plan:

AmeriHealth Caritas VIP Care Choice (HMO D-SNP)

1.º de enero de 2027 – 31 de diciembre de 2027

H0738_002_128437_M_Accepted_09292026_SPN

1 SECCIÓN I - INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE BENEFICIOS

Este folleto le proporciona un resumen de lo que cubrimos y de lo que usted paga. No menciona todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos y solicítenos la *Evidencia de cobertura* (EOC) o visítenos en www.amerihealthcaritasvipcare.com/de/choice.

Usted puede elegir cómo obtener sus beneficios de Medicare

- Una opción es obtener sus beneficios de Medicare a través de Original Medicare (Medicare con tarifa por servicio). Original Medicare está gestionado directamente por el Gobierno federal.
- Otra opción es obtener sus beneficios de Medicare mediante un plan médico de Medicare, por ejemplo, **AmeriHealth Caritas VIP Care Choice (HMO D-SNP)**.

Consejos para comparar sus opciones de Medicare

El Resumen de beneficios le indica los beneficios que cubre **AmeriHealth Caritas VIP Care Choice (HMO D-SNP)** y aquellos que paga usted.

- Si desea comparar nuestro plan con otros planes médicos de Medicare, solicite los folletos de los resúmenes de beneficios de los planes. También puede usar el buscador de planes de Medicare (*Medicare Plan Finder*) en www.medicare.gov.
- Si desea más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su actual manual ***Medicare y usted***. Véalo en línea en www.medicare.gov u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Secciones de este folleto

- Lo que debe saber sobre **AmeriHealth Caritas VIP Care Choice (HMO D-SNP)**.
- Prima mensual, deducible y límites a lo que usted paga por los servicios cubiertos.
- Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos.
- Beneficios de farmacia.

Este documento está disponible en español. Para obtener información adicional, llámenos al 1-833-467-3302 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

Lo que debe saber sobre AmeriHealth Caritas VIP Care Choice (HMO D-SNP)

Horario de atención e información de contacto

- Llame al 1-833-467-3302 (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, llame de 8 a. m. a 8 p. m. de lunes a viernes. La llamada es gratuita.
- **¿No es miembro?** Llámenos al 1-800-447-2739, (TTY: 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora estándar del Este, los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo) y de 8 a. m. a 8 p. m., hora estándar del Este, de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita.
- Nuestro sitio web: www.amerihealthcaritasvipcare.com/de/choice.

¿Quién puede inscribirse en AmeriHealth Caritas VIP Care Choice (HMO D-SNP)?

Para inscribirse en **AmeriHealth Caritas VIP Care Choice (HMO D-SNP)**, usted debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y estar inscrito en el programa de Asistencia Médica de Delaware (Medicaid). Usted debe cumplir con los requisitos para Asistencia Médica en una de las siguientes categorías de ayuda:

- Programa de Beneficiario calificado de Medicare **(QMB).**
- Programa de Beneficiarios especificados de bajos ingresos de Medicare **(SLMB).**
- Personas calificadas **(QI)**.
- Personas calificadas discapacitadas que trabajan **(QDWI).**

Usted debe vivir en nuestra área de servicio. **Nuestra área de servicio incluye estos condados en Delaware: Kent, New Castle y Sussex.**

Si es posible que se afilie y tiene alguna pregunta con respecto a su elegibilidad, llame al **1-800-447-2739, (TTY 711)**.

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

- AmeriHealth Caritas VIP Care Choice (HMO D-SNP) cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Usted debe recibir atención de un proveedor de la red. Solo pagaremos los servicios cubiertos si acude a un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, deberá pagar la atención que reciba de un proveedor que no pertenezca a la red. Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen ninguna obligación de tratar a los miembros de AmeriHealth Caritas VIP Care Choice (HMO D-SNP), excepto en casos de emergencia. Llame a nuestro número de Servicios al Miembro o consulte su *Evidencia de cobertura* para obtener más información, que incluye el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.
- Por lo general, usted debe usar farmacias de la red para surtir recetas de medicamentos cubiertos de la Parte D.
- Puede ver los Directorios de proveedores y farmacias de nuestro plan en nuestro sitio web, www.amerihealthcaritasvipcare.com/de/choice.
- También puede llamarnos y le enviaremos una copia de los Directorios de proveedores y farmacias.

Qué cubrimos

- Al igual que todos los planes médicos de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare... y más.
    - Los miembros de nuestro plan obtienen todos los beneficios cubiertos por Original Medicare.
    - Además, obtienen más de lo que se encuentra cubierto por Original Medicare. Algunos de los beneficios adicionales se detallan en este folleto.
- Cubrimos medicamentos de la Parte D. Asimismo, cubrimos medicamentos de la Parte B como quimioterapia y algunos medicamentos que administra su proveedor.
    - Puede ver el formulario completo del plan (lista de medicamentos recetados de la Parte D) y las restricciones correspondientes en nuestro sitio web, www.amerihealthcaritasvipcare.com/de/choice.
    - También puede llamarnos y le enviaremos una copia del formulario.

¿Cómo determino los costos de mis medicamentos?

- Nuestro plan agrupa todos los medicamentos en uno de cinco niveles. El costo de sus medicamentos dependerá del nivel de "Ayuda adicional" que reciba y del nivel en el que se encuentren.

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o los costos de este plan, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care Choice (HMO D-SNP).

2 SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS

AmeriHealth Caritas VIP Care Choice (HMO D-SNP)

PRIMA MENSUAL, DEDUCIBLE Y LÍMITES A LO QUE USTED PAGA POR LOS SERVICIOS CUBIERTOS	
Primas y beneficios	**AmeriHealth Caritas VIP Care Choice (HMO D-SNP)**
Prima mensual del plan	Usted paga $0 de prima por su plan. Usted debe seguir pagando su prima de la parte B de Medicare.
Deducible	Deducible de medicamentos recetados: $120 Su plan no tiene un deducible médico.
Responsabilidad máxima de gastos de bolsillo	En este plan, es posible que usted no pague nada para recibir servicios cubiertos por Medicare en base a su nivel de elegibilidad para Medicaid. Sus límites anuales en este plan: • **$9,250** por servicios cubiertos por Medicare que recibe de proveedores de la red. Si usted alcanza el límite de sus gastos de bolsillo, seguirá recibiendo servicios médicos y hospitalarios cubiertos y nosotros pagaremos la totalidad del costo por el resto del año. Tenga en cuenta que igual deberá pagar sus primas mensuales y su parte de los costos para obtener los medicamentos recetados de la Parte D.

BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS	
Beneficios/Servicios	**AmeriHealth Caritas VIP Care Choice (HMO D-SNP)**
Cobertura de hospitalización	$1,500 de copago por admisión* *Se requiere autorización previa.*
Cobertura de atención en hospital para pacientes ambulatorios	Hospital para pacientes ambulatorios: 20% de coseguro* Cirugía ambulatoria: 20% de coseguro* *No todos los servicios de prevención o de diagnóstico para pacientes ambulatorios requerirán autorización previa.*
Servicios en un centro de cirugía ambulatoria (ASC)	Centro de cirugía ambulatoria: 20% de coseguro* *Puede requerirse autorización previa.*
Visitas médicas (proveedores de atención primaria y especialistas)	Visita al proveedor de atención primaria (PCP): $0 de copago Visita anual de rutina: $0 de copago Visita a especialista: 20% de coseguro*
Atención médica preventiva ***(p. ej., vacuna antigripal, control de la diabetes)***	$0 de copago para todos los servicios de atención médica preventiva cubiertos por Original Medicare con cero costos compartidos. Estarán cubiertos todos los servicios de atención médica preventiva adicionales aprobados por Medicare durante el año del contrato.
Atención médica de emergencia	$115 de copago* Cobertura de emergencia internacional: $0 de copago Se aplica un límite máximo de cobertura anual de $50,000 para servicios de emergencia y visitas de atención urgente fuera de los Estados Unidos. Esto no incluye las intervenciones programadas. La participación en los costos para los servicios de emergencia necesarios provistos fuera de la red es la misma que para dichos servicios dentro de la red.
Servicios de atención médica de urgencia	$40 de copago* Cobertura de urgencia internacional: $0 de copago Se aplica un límite máximo de cobertura anual de $50,000 para servicios de emergencia y visitas de atención urgente fuera de los Estados Unidos. Esto no incluye las intervenciones programadas. Incluyen los servicios necesarios para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevista, que no es una emergencia, y que requiere atención médica inmediata.

Beneficios/Servicios	AmeriHealth Caritas VIP Care Choice (HMO D-SNP)
Servicios de atención médica de urgencia (continuación)	Los costos compartidos para los servicios de atención médica de urgencia provistos fuera de la red son los mismos que para los servicios que se brindan dentro de la red.
Servicios de diagnóstico/laboratorio/imágenes (incluye las pruebas y procedimientos de diagnóstico, las pruebas de laboratorio, diagnóstico por radiología y radiografías)	Estos son algunos de los servicios cubiertos: Pruebas y procedimientos de diagnóstico: 20% de coseguro* Servicios de laboratorio: 20% de coseguro* Servicios de radiología diagnóstica (p. ej., resonancias magnéticas y tomografías computarizadas): 20% de coseguro* Radiografías para pacientes ambulatorios: 20% de coseguro* Servicios radiológicos terapéuticos (p. ej., tratamiento radiológico para el cáncer): 20% de coseguro* *No todos los procedimientos, las pruebas y los servicios de laboratorio ambulatorios para diagnóstico requerirán autorización previa. La mayoría de los servicios de laboratorio no requieren autorización previa. Algunos servicios de laboratorios especializados (por ejemplo, servicios de laboratorio para análisis genéticos) pueden requerir autorización previa. Pida a su proveedor que llame al plan para confirmar si es necesaria una autorización previa.*
Servicios de audición	Examen para el diagnóstico y tratamiento de la audición y problemas de equilibrio: 20% de coseguro* Examen de audición de rutina (hasta 1 visita cada año) $0 de copago. El beneficio de audífonos con receta médica incluye hasta dos (2) audífonos (1 por oído) cada tres años para los niveles de tecnología estándar de audífonos a través de NationsHearing, sin costo alguno para el miembro. Todos los audífonos ofrecidos a través de NationsHearing incluyen: • Un período de evaluación de 60 días con garantía de devolución del 100% del importe (sin gastos de reposición) • 1 ajuste por audífono • 3 consultas de seguimiento en el plazo de un año desde la fecha del ajuste • Suministro de pilas para 3 años (para audífonos no recargables, hasta 60 pilas por oído al año) • Garantía completa del fabricante de 3 años, que incluye una sustitución única en caso de pérdida o daño de los audífonos

Beneficios/Servicios	AmeriHealth Caritas VIP Care Choice (HMO D-SNP)
Servicios de audición (continuación)	• Moldes auriculares (primer juego, cuando sea necesario) • Asistencia continua e ilimitada para los afiliados a través de NationsHearing
Servicios odontológicos **Servicios odontológicos (continuación)**	Servicios odontológicos preventivos: • Examen oral (hasta 1 visita cada seis meses): $0 de copago. • Limpieza (hasta 1 visita cada seis meses): $0 de copago. • Tratamiento con flúor (hasta 1 visita cada seis meses): $0 de copago. • Radiografías dentales (1 radiografía de la boca completa y 1 radiografía panorámica cada 5 años y hasta 6 radiografías de aleta de mordida o periapicales cada año.): $0 de copago. Servicios odontológicos integrales: • Restauraciones menores (empastes). • Extracciones simples y quirúrgicas. • Dentaduras postizas (1 por arco cada 5 años). • Reparación y alineación de dentaduras postizas. • Cirugía bucal. • Periodoncia/endodoncia. • Coronas. • Miniimplantes. $1,250 de límite de cobertura del plan para beneficios odontológicos integrales complementarios cada año. La anestesia está cubierta bajo las siguientes condiciones: • Extracciones de muelas de juicio • 2 o más extracciones quirúrgicas en 2 o más cuadrantes • 4 o más extracciones quirúrgicas en 1 cuadrante • Documentación que acredite ansiedad situacional • Documentación y descripción de la necesidad médica respaldadas por la historia clínica presentada (afecciones cardíacas, parálisis cerebral, epilepsia u otra afección que impida al paciente cooperar).

Beneficios/Servicios	AmeriHealth Caritas VIP Care Choice (HMO D-SNP)
	Puede utilizar óxido nitroso para determinados servicios dentales cubiertos, que incluyen empastes, coronas, endodoncias y extracciones (excluidas las muelas de juicio), entre otros. Añadimos la cobertura de prótesis removibles, lo que permite a su dentista ajustar una prótesis removible existente tras una cirugía de implantes, en lugar de sustituirla. *Se requiere autorización previa para los servicios odontológicos integrales. Pueden aplicarse límites adicionales. Usted es responsable de los montos que superen el límite de beneficio.*
Servicios para la vista	Examen de la vista de rutina (hasta 1 visita cada año): $0 de copago. Anteojos después de una operación de cataratas: 20% de coseguro* Lentes de contacto O anteojos: Nuestro plan cubre hasta $100 por año en anteojos. *El monto del beneficio (asignación) debe utilizarse para pagar los servicios para la vista prestados por un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, deberá pagar la atención de un proveedor fuera de la red. También deberá pagar los costos que superen el límite de su beneficio.*
Servicios de salud mental	Internación: Días 1-5: $350 de copago* por admisión. Días 6-90: $0 de copago. Sesión de terapia grupal ambulatoria: $0 de copago Sesión de terapia individual ambulatoria: $0 de copago *Se requiere autorización previa para determinados servicios.*
Establecimiento de enfermería especializada (SNF)	$0 de copago los días 1 - 20 $221 de copago los días 21 - 100* Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF por admisión. *Se requiere autorización previa.*
Fisioterapia	Visita de fisioterapia, terapia ocupacional, y terapia del habla y lenguaje: 20% de coseguro* *Se requiere autorización previa.*

Beneficios/Servicios	AmeriHealth Caritas VIP Care Choice (HMO D-SNP)
Ambulancia	Ambulancia terrestre: 20% de coseguro* Ambulancia aérea: 20% de coseguro* *Puede requerirse autorización previa.*
Transporte	$0 de copago. 12 viajes de ida por año hasta ubicaciones aprobadas por el plan (por ejemplo, al consultorio médico, a la farmacia y al hospital. Puede ser mediante un automóvil, un servicio de traslado o una camioneta, según resulte más adecuado para la situación y las necesidades del miembro). *Los viajes se deben programar con al menos un día hábil de antelación, excepto en circunstancias especiales. Límite de 50 millas por viaje de un solo trayecto.*
Medicamentos de la Parte B de Medicare	Se aplicará un coseguro del 20% a la quimioterapia no preferida y a otros medicamentos de la Parte B no preferidos.* 0% de coseguro para los medicamentos preferidos de la Parte B destinados a la quimioterapia y la radioterapia. 20% Coseguro o $35, el que sea menor por medicamentos de insulina de la Parte B.* *Puede requerirse autorización previa.*

**IMPORTANTE: Si recibe ayuda de Medicaid o de Ayuda Extra, es posible que pague menos de los montos de costos compartidos y de la prima que figuran en este documento. Si cambia su categoría de elegibilidad para Medicaid o su nivel de Ayuda Extra, los costos compartidos podrían aumentar o disminuir. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más detalles sobre los beneficios adicionales.*

<table>
<tr><th colspan="2">BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS</th></tr>
<tr><td>Etapa de deducible anual</td><td>Deducible de medicamentos recetados: $120 para los niveles 3, 4 y 5. Si recibe “Ayuda Extra” de Medicare, su deducible es $0. Si cambia su categoría de elegibilidad para Medicaid o su nivel de Ayuda Extra, los costos compartidos podrían aumentar o disminuir. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más detalles sobre los beneficios adicionales.</td></tr>
<tr><td>Etapa de cobertura inicial</td><td>Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el total de sus gastos de bolsillo alcancen los $2,400. Usted luego pasa a la Etapa de cobertura catastrófica.*
<table>
<tr><th colspan="4">Participación estándar en los costos minoristas</th></tr>
<tr><th>Nivel</th><th>Suministro de un mes</th><th>Suministro de dos meses</th><th>Suministro de tres meses</th></tr>
<tr><td>Nivel 1 (genérico preferido)</td><td>$0 de copago</td><td>$0 de copago</td><td>$0 de copago</td></tr>
<tr><td>Nivel 2 (genérico)</td><td>$3 de copago</td><td>$6 de copago</td><td>$9 de copago</td></tr>
<tr><td>Nivel 3 (de marca preferida)</td><td>25% de coseguro</td><td>25% de coseguro</td><td>25% de coseguro</td></tr>
<tr><td>Nivel 4 (medicamento no preferido)</td><td>25% de coseguro</td><td>25% de coseguro</td><td>25% de coseguro</td></tr>
<tr><td>Nivel 5 (nivel de especialidad)</td><td>31% de coseguro</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr>
<tr><th colspan="4">Pedido por correo estándar</th></tr>
<tr><th>Nivel</th><th>Suministro de un mes</th><th>Suministro de dos meses</th><th>Suministro de tres meses</th></tr>
<tr><td>Nivel 1 (genérico preferido)</td><td>$0 de copago</td><td>$0 de copago</td><td>$0 de copago</td></tr>
<tr><td>Nivel 2 (genérico)</td><td>$3 de copago</td><td>$6 de copago</td><td>$9 de copago</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th colspan="3">BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS</th></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"><table>
<tr><td>Nivel 3 (de marca preferida)</td><td>25% de coseguro</td><td>25% de coseguro</td><td>25% de coseguro</td></tr>
<tr><td>Nivel 4 (medicamento no preferido)</td><td>25% de coseguro</td><td>25% de coseguro</td><td>25% de coseguro</td></tr>
<tr><td>Nivel 5 (nivel de especialidad)</td><td>31% de coseguro</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr>
</table>
Llámenos o consulte la "Evidencia de cobertura" del plan en nuestro sitio web www.amerihealthcaritasvipcare.com/de/choice para obtener información completa sobre los costos de sus medicamentos cubiertos.</td></tr>
<tr><td>Etapa de cobertura catastrófica</td><td colspan="2">$0 de copago</td></tr>
</table>

Beneficios y servicios adicionales	AmeriHealth Caritas VIP Care Choice (HMO D-SNP)
Beneficio de actividad física	$0 de copago por visita SilverSneakers® es un beneficio de la salud física sin cargo que incluye el acceso a los centros de actividad física, recursos de bienestar en línea y clases de SilverSneakers®.
Atención médica domiciliaria	$0 de copago Estos son algunos de los servicios cubiertos: • Servicios médicos domiciliarios *Se requiere autorización previa.*
Beneficio de comidas posteriores al alta	$0 de copago El beneficio de comidas posteriores al alta cubre 14 comidas semanales durante una semana para miembros calificados confinados en sus hogares dentro de los 30 días de recibir el alta de un centro médico o de un establecimiento de enfermería especializada como pacientes hospitalizados hasta cuatro veces al año. *Se requiere referencia médica.*
Equipos/suministros médicos	0 - 20% de coseguro por los siguientes equipos e insumos* Se puede requerir autorización previa para: • Los artículos de DME cubiertos por Medicare por un valor superior a $750 por compra. • Artículos de alquiler y alquiler con opción a compra. Se requiere autorización previa para: • Compra de todas las sillas de ruedas (motorizadas y manuales) y todos los accesorios de sillas de ruedas (componentes) sin importar el costo por artículo. • Suplementos para alimentación por sonda nasogástrica. Insumos médicos/protésicos: Se requiere autorización previa para prótesis e insumos médicos de venta y alquiler cubiertos por Medicare. Suministros para la diabetes Marcas no preferidas y todos los monitores continuos de glucosa requerirán una autorización y tendrán un coseguro del 20%. Las marcas preferidas tienen un copago de $0.

Servicios del programa de tratamiento de opioides	20% de coseguro* • Asesoramiento sobre el consumo de sustancias tóxicas. • Terapia individual y grupal.
Rehabilitación ambulatoria	20% de coseguro* • Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón) • Rehabilitación pulmonar • SET *Se requiere autorización previa.*
Artículos de venta libre (OTC) y ayudas para la vida diaria	Los miembros reciben una asignación combinada de $58 al mes para destinarla a los siguientes beneficios: **Venta libre (OTC)** Todos los miembros pueden utilizar la asignación combinada para adquirir artículos OTC que cumplan los requisitos. Los artículos OTC incluyen vitaminas, analgésicos, medicamentos para el resfriado, etc. Los fondos se cargan en una tarjeta de débito emitida por el plan todos los meses. • Los miembros pueden comprar a través del catálogo de OTC o en establecimientos minoristas participantes. • No hay límite en el total de artículos o pedidos Todos los fondos no utilizados expirarán al final de cada mes o al desafiliarse del plan. La naloxona está cubierta como beneficio OTC de la Parte C. La terapia de sustitución de nicotina (NRT) que se ofrece no duplica ningún medicamento OTC de la Parte D ni ningún medicamento del formulario. **Dispositivos de seguridad en el hogar y en el baño** Todos los miembros pueden destinar la asignación combinada a dispositivos de seguridad para el hogar y el baño que cumplan los requisitos, tales como barras de apoyo o manijas de puertas, revestimientos antideslizantes para el suelo, sillas de seguridad y ayudas para la adaptación del baño. Los miembros pueden comprar a través del catálogo OTC o en establecimientos minoristas participantes. El saldo no utilizado expirará al final de cada mes o al desafiliarse del plan. **Beneficios complementarios especiales para pacientes con enfermedades crónicas III (SSBCI)** Si cumple los requisitos para acceder los SSBCI, también podrá utilizar la asignación

Artículos de venta libre (OTC) y ayudas para la vida diaria (continuación)	combinada para cubrir los gastos de la vida cotidiana. La asignación puede usarse para: • Alimentos saludables • Asistencia general para vivienda (por ejemplo, alquiler, hipoteca, servicios públicos) No todos los miembros cumplen los requisitos. Solo los miembros con derecho a los SSBCI pueden utilizar su asignación para pagar el alquiler, los servicios públicos, internet y alimentos saludables. Para poder calificar para los SSBCI, los miembros deben padecer al menos una de las siguientes afecciones crónicas: Trastornos cardiovasculares, trastornos de salud mental crónicos e incapacitantes, enfermedad gastrointestinal crónica (limitada a enfermedad hepática en etapa terminal), insuficiencia cardíaca crónica, trastornos pulmonares crónicos (limitados a enfermedad pulmonar obstructiva crónica), enfermedad del tejido conectivo, demencia, diabetes mellitus, accidente cerebrovascular y/o sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico. Además: la afección debe ser mortal o limitar en gran medida la salud o función general del miembro; el miembro debe correr un alto riesgo de hospitalización u otros resultados médicos adversos, y el miembro debe necesitar la coordinación de cuidados intensivos. El plan revisará criterios objetivos para determinar la elegibilidad de un miembro. Para obtener más información o verificar la elegibilidad, los miembros deben ponerse en contacto con el plan. Se aplican limitaciones. **Además, usted debe cumplir con al menos uno de los siguientes:** • Haber tenido uno o más ingresos hospitalarios (incluso de salud conductual) por la afección crónica en los últimos 12 meses. • Haber acudido una o más veces a atención de urgencias o de emergencias por la afección crónica en los últimos 12 meses. • Haber tenido dos o más consultas ambulatorias por la afección crónica (incluso consultas de atención primaria o de atención especializada) en los últimos 12 meses. • Ser un paciente que requiere visitas de atención domiciliaria por la afección crónica. • Ser un paciente con una o más afecciones crónicas y una necesidad de una o más piezas de equipo médico duradero (DME) en un entorno ambulatorio, limitado al grupo 3 de sillas de ruedas eléctricas/manuales, ventilación no invasiva (NIV), máquinas de BiPAP, dispositivo de insuflación-exsuflación mecánica, o un colchón del grupo 2 o del grupo 3.
Servicios de podología	$0 de copago por visita 4 visitas de cuidado de los pies de rutina por año.

Telemedicina	$0 de copago por visita Los servicios de telemedicina se ofrecen las 24 horas del día, los siete días de la semana, a través del teléfono, la computadora o el dispositivo móvil. Los miembros pueden tener inmediatamente una consulta médica, de asesoramiento o psiquiátrica con un médico. Los miembros también pueden coordinar una consulta de telemedicina para más adelante.
Línea de enfermería 24/7	$0 de copago La Línea de enfermería 24/7 es un servicio disponible para todos los miembros las 24 horas del día, los siete días de la semana. Este servicio está diseñado para que los miembros hagan consultas relacionadas con la salud y obtengan recomendaciones sobre el nivel apropiado de atención.

**IMPORTANTE: Si recibe asistencia de Medicaid o "Ayuda Adicional", es posible que pague menos que los montos de los costos compartidos y la prima que figuran en este documento. Si cambia su categoría de elegibilidad para Medicaid o su nivel de Ayuda Adicional, sus costos compartidos podrían aumentar o disminuir. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información sobre los beneficios.*

Medicaid

Esta información es para personas que tienen tanto Medicare como Delaware Medicaid.

Es posible que algunos servicios estén cubiertos tanto por nuestro plan como por Delaware Medicaid. Si esto sucede, primero debe utilizar toda la cobertura de nuestro plan para ese servicio. Delaware Medicaid puede cubrir el beneficio una vez que se haya agotado la cobertura de nuestro plan.

Los beneficios que pueda recibir pueden depender de su nivel de elegibilidad para Delaware Medicaid.

Si tiene alguna pregunta sobre su elegibilidad o sus beneficios, consulte su Manual del Miembro de Medicaid. El manual contiene la información más actualizada sobre Delaware Medicaid.

O llame a la División de Medicaid y Asistencia Médica (DMMA) al **1-302-255-9500** o al **1-800-372-2022.** Los usuarios de TTY pueden llamar al **711**. La ayuda está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 4:30 p. m.

Beneficios
Hospital: atención médica hospitalaria o ambulatoria
Visitas de rutina al consultorio del médico, chequeos médicos y consultas por enfermedad
Visitas del bebé sano, visitas del niño sano y vacunas
Pruebas y estudios, exámenes de laboratorio y radiografías
Servicios de establecimientos de enfermería especializada
Servicios de Detección Temprana y Periódica, Diagnóstico y Tratamiento (EPSDT), incluidas las pruebas de detección preventivas periódicas y otros servicios de diagnóstico y tratamiento necesarios para miembros de 20 años o más jóvenes
Servicios de planificación familiar
Farmacia
Visitas a especialistas
Servicios para la vista: exámenes de la vista de rutina/ anteojos o lentes de contacto
Transporte médico que no sea de emergencia

Beneficios
Servicios de enfermería privada y de atención médica domiciliaria
Servicios para enfermos terminales
Atención prenatal y posparto, incluidos el parto, la admisión en el centro de parto, atención neonatal y visitas domiciliarias por alta temprana para madres primerizas
Equipo médico duradero e insumos
Servicios de centros de salud con calificación federal
Servicios de cirugía ambulatoria
Cirugía: hospitalaria o ambulatoria
Servicios de atención pediátrica extendida recetada (PPEC) para niños que son médica o tecnológicamente dependientes.
Servicios preventivos, incluidas las mamografías, colonoscopías y visitas de rutina para adultos
Servicios de telemedicina
Dejar el tabaco
Servicios quiroprácticos
Servicios ambulatorios y hospitalarios de salud conductual
Servicios de profesionales de la salud conductual con licencia
Servicios de radiología, incluidas imagenología invasiva y no invasiva
Exámenes de obstetricia/ginecología y pruebas de Papanicolaou anuales
Servicios de relevo pediátricos para los miembros de 20 años o más jóvenes con una afección de salud conductual que afecta su capacidad para cuidar de sí mismos.
Servicios de coordinación de cuidados y administración de casos.
Servicios dentales para adultos (21 años o mayores): Ahora se ofrecen sin un copago
Servicios para tratar adicciones como paciente externo y residencial

Beneficios
Servicios de tratamiento para el trastorno por consumo de sustancias (SUD)
Tratamiento asistido con medicamentos (MAT)
Análisis conductual aplicado
Trasplantes de órganos
Traslados en ambulancia
Terapia física, del habla y ocupacional

DESCARGOS DE RESPONSABILIDAD

Puede solicitar este documento de forma gratuita en otros formatos, como impresión en letra grande, braille o audio. Llame a Servicios al Miembro al 1-833-467-3302 (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, llame de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

AmeriHealth Caritas VIP Care Choice es un plan HMO D-SNP con un contrato de Medicare y un contrato con el programa Medicaid de Delaware. La inscripción en AmeriHealth Caritas VIP Care Choice depende de la renovación del contrato.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-833-467-3302 (TTY 711) del 1.º de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana; y del 1.º de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Comuníquese con el plan para más información. Es posible que se apliquen limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, las primas y/o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1.º de enero de cada año.

Usted debe seguir pagando su prima de la parte B de Medicare.

El formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

Los proveedores fuera de la red/no contratados no se encuentran bajo ninguna obligación de tratar a los miembros de AmeriHealth Caritas VIP Care Choice, excepto en casos de emergencia. Llame a nuestro número de Servicios al Miembro o consulte su "Evidencia de cobertura" para obtener más información, que incluye el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

La cobertura médica es ofrecida por AmeriHealth Caritas VIP Next, Inc.

GRACIAS

Conéctese con nosotros

Información de contacto: 1-833-467-3302, TTY: 711, del 1.º de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes.

Nombre de la organización: AmeriHealth Caritas VIP Next, Inc.

Sitio web de la organización: www.amerihealthcaritasvipcare.com/de/choice

H0738_002_128437_M_Accepted_09292026_SPN